

- 관련서식

1. 구강검진기관 지정기준

2. 출장구강검진기관 지정기준

3. 검진기관 지정신청서

(검진 인력 · 시설 및 장비 현황 포함)

**구강검진기관 지정기준**(제4조제2항 관련)

구 분	내 용
신청자격	가. 치과 병원·의원 나. 치과 진료과목이 개설된 종합병원 또는 보건소 다. 구강검진만을 목적으로 치과의사를 고용한 일반검진기관
인력기준	가. 보건복지부장관이 정하는 구강검진기관 교육과정을 이수한 치과의사 1명 이상 나. 간호사 또는 치과위생사 1명 이상
시설기준	가. 구강검진실 나. 검진대기실
장비기준	가. 치과용 진료장치 및 의자 ※ 식품의약품안전처장이 정하여 고시하는 의료기기 중 품목별 등급 A68010 장비이어야 한다. 나. 고압멸균소독기 다. 치경, 탐침 및 핀셋 라. 교육용 치아모형 세트

**출장검진기관 지정기준** (제4조제3항 관련)

구 분	인력기준	장비기준	차량기준	그 밖의 사항
구강검진	가. 치과의사: 일일 건강검진을 받는 사람 100명당 1명을 두되, 끝수(일일 건강검진을 받는 사람 수를 100으로 나눈 나머지)가 있으면 1명을 추가한다. 나. 간호사 또는 치과위생사 1명 이상	가. 치경 나. 탐침 다. 핀셋 라. 라이트	의료기관의 개설자(대표자)가 「자동차관리법」에 따른 자동차등록증 상 소유자인 출장검진차량 또는 「여신전문금융업법」에 따른 시설대여업자로부터 대여받은 출장검진차량을 갖추어야 한다.  ※ 출장검진차량이란 출장검진을 위하여 자동차에 해당 기준에 따른 장비를 갖추고 진료공간과 탈의공간을 구분한 차량을 말한다.	가. 치과의사는 보건복지부장관이 정하는 구강검진기관 교육과정을 이수해야 한다. 나. 출장검진기관으로 지정받으려는 자 중 구강검진만 시행하려는 경우에는 차량기준을 갖추지 않아도 된다.

## 검진기관 지정신청서

※ [ ]에는 해당되는 곳에 √ 표를 합니다.

(앞 쪽)

접수번호	접수일자	처리기간	10일
------	------	------	-----

신청인	의료기관명	요양기관 기호
	개설자(대표자)	생년월일 면허번호
	주소  □□□□□□ (전화번호: ) □□□□□□ (팩스번호: )	

지정신청 내용	<input type="checkbox"/> 일반검진기관 <input type="checkbox"/> 영유아검진기관 <input type="checkbox"/> 구강검진기관 <input type="checkbox"/> 암검진기관 ( <input type="checkbox"/> 위암 <input type="checkbox"/> 대장암 <input type="checkbox"/> 간암 <input type="checkbox"/> 유방암 <input type="checkbox"/> 자궁경부암 <input type="checkbox"/> 폐암 ) <input type="checkbox"/> 출장검진기관 ( <input type="checkbox"/> 일반검진 <input type="checkbox"/> 위암 <input type="checkbox"/> 대장암 <input type="checkbox"/> 간암 <input type="checkbox"/> 유방암 <input type="checkbox"/> 자궁경부암 <input type="checkbox"/> 구강검진 )
------------	---

「건강검진기본법」 제14조 및 같은 법 시행규칙 제5조제1항에 따라 검진기관 지정을 신청합니다.

년 월 일

신청인

의료기관장(인)

국민건강보험공단 이사장 귀하

신청인 제출서류	1. 검진 인력·시설 및 장비 현황 1부 2. 검진인력 자격과 채용관계 증명서류 1부 3. 진단용 방사선 발생장치 검사성적서, 방사선 방어시설 검사성적서, 진단용 방사선 발생장치 신고증명서 사본 각 1부(해당하는 기관만 제출합니다) 4. 유방촬영용장치 또는 전산화단층촬영장치(CT)에 대한 특수의료장비 등록증명서 및 특수의료장비 품질관리 검사성적서 사본 각 1부(해당하는 기관만 제출합니다) 5. 교육수료증(영유아검진기관, 일반검진기관 중 보건복지부장관이 정하여 고시하는 건강검진을 실시하는 기관, 구강검진기관 또는 폐암검진기관의 지정을 신청하는 경우에만 제출합니다) 6. 「여신전문금융업법」에 따른 시설대여업자와 체결한 자동차 시설대여 계약서 사본 및 자동차등록증 사본 각 1부(출장검진기관의 지정을 신청하는 경우로서 자동차를 대여한 경우에만 제출합니다)	수수료 없음
담당 공무원 확인 사항	자동차등록증(출장검진기관의 지정을 신청하는 경우로서 자동차를 소유한 경우에만 해당합니다)	

### 행정정보 공동이용 동의서

본인은 이 건 업무처리와 관련하여 담당 공무원이 「전자정부법」 제36조에 따른 행정정보의 공동이용을 통하여 위의 담당 공무원 확인 사항을 확인하는 것에 동의합니다.

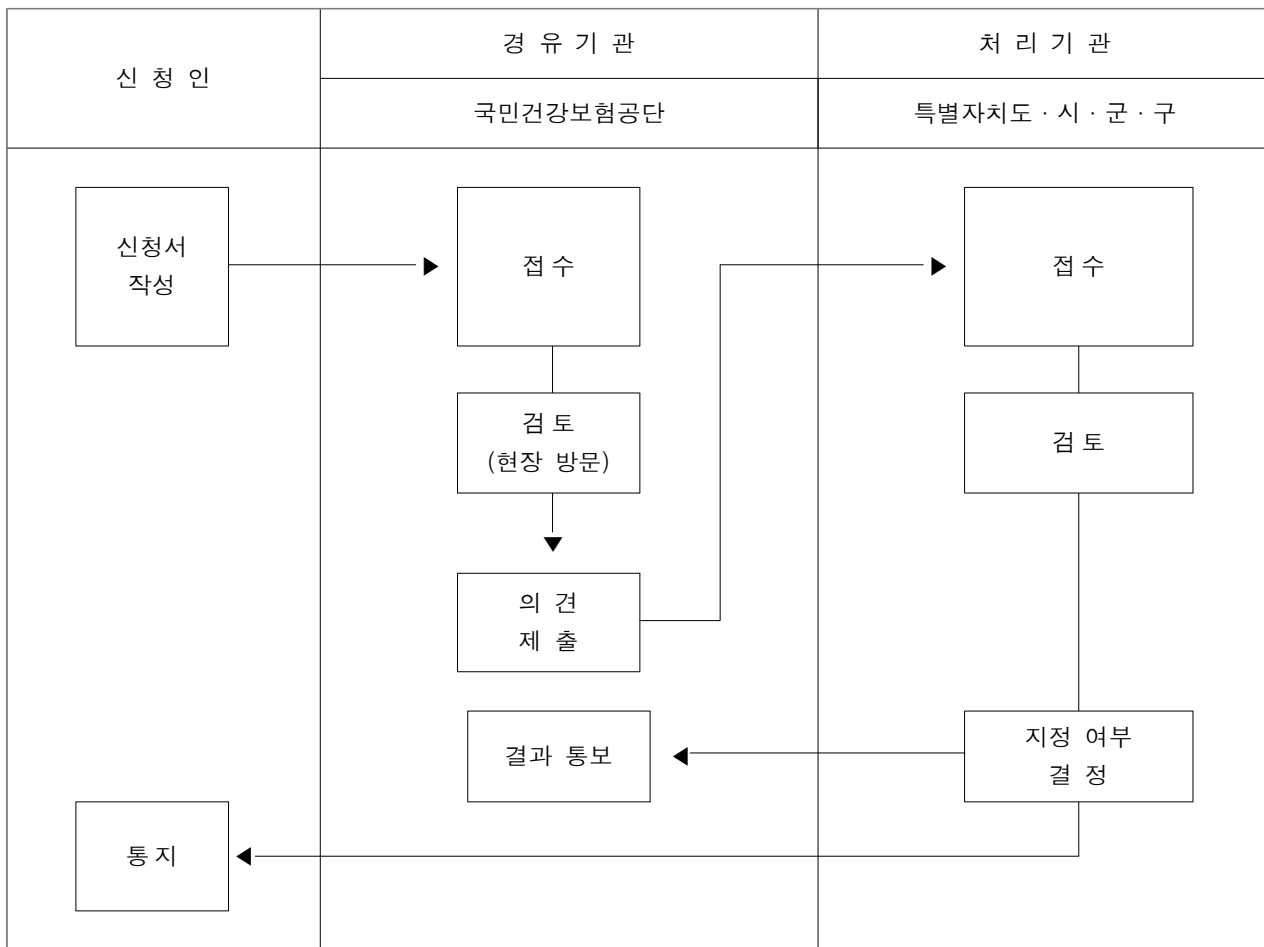
※ 동의하지 않는 경우에는 신청인이 직접 관련 서류를 제출해야 합니다.

신청인

(서명 또는 인)

처 리 질 차

이 신청서는 아래와 같이 처리됩니다.



(첨 부)

## 검진 인력·시설 및 장비 현황

### 1. 지정신청 내용(해당 항목에 "○" 표기)

구분	일반검진	암검진						영유아 검진	구강
		위암	유방암	대장암	간암	자궁 경부암	폐암		
내원									
출장									

### 2. 검진인력 및 원무행정요원(비상근 인력은 제외)

#### 가. 현황

구 분	의 사											간 호 사	간 호 조 무 사	치 과 위 생 사	임 상 병 리 사	방 사 선 사	원 무 행 정 요 원
	소 계	일 반 의 내 과	전 문 의								치 과 의 사						
			소 아 청 소 년 과	일 반 외 과	가 정 의 학 과	산 부 인 과	산 업 의 학 과	진 단 검 사 의 학 과	영 상 의 학 과	병 리 과							
전체 인력																	
검진담당 인력																	

※ "검진담당 인력"란에는 전체 인력 중 검진전담 인력 수를 적습니다. 특히 검진담당 의사의 수는 검진기관의 검진 가능 인원을 결정하는 사항이므로 실제 검진을 전담하는 의사의 수를 정확히 적어야 합니다.

※ 원무행정요원은 검진을 담당할 수 없습니다.

#### 나. 검진담당 인력 명단

구 분	성 명	주민등록번호	면허증 또는 자격증		해당 기관 고용일 (건강보험 취득일)
			종 별	번 호	

※ "구분"란에는 의사, 치과의사, 간호사, 간호조무사, 치과위생사, 임상병리사, 방사선사로 구분하여 순서대로 적되, 위 "가. 현황"의 표의 "검진담당 인력"란에 표기한 검진담당 인력 수에 해당하는 사람 전원을 적습니다.

※ 전문의는 의사면허증 및 전문의 자격증을 명시합니다.

### 3. 검진시설(해당 항목에 기재)

진찰실	검진대기실	탈의실	진단의학검사실	방사선촬영실
m <sup>2</sup>	m <sup>2</sup>	m <sup>2</sup>	m <sup>2</sup>	m <sup>2</sup>

#### 4. 검진장비

##### 가. 일반검진기관 장비보유 현황(해당 항목에 기재)

일련 번호	장 비 명	수량	모델명	제 조 번호	제 조 국명	제 조 연도	구입 연도	비 고
1	신장 및 체중계							
2	혈압계							
3	시력검사표							
4	청력계기							
5	원심분리기							
6	혈액학검사기기							
7	혈액화학분석기							
8	방사선직접촬영장치							

※ 실제 검진에 사용되는 장비에 대해 적습니다.

※ 보건복지부장관이 정하여 고시하는 바에 따라 해당 혈액 검체검사를 위탁하는 경우에는 일련번호 6번 또는 7번 장비에 대해서는 적지 않아도 됩니다.

※ 방사선 장비를 공동으로 이용할 때에는 일련번호 8번 장비에 대해서는 적지 않아도 됩니다.

※ 어두운 란은 적지 않습니다.

##### 나. 암검진기관 장비보유 현황(해당 항목에 기재)

일련 번호	장 비 명	수량	모델명	제 조 번호	제 조 국명	제 조 연도	구입 연도	비고
1	위내시경							
2	위장조영촬영기기							
3	유방촬영기기							
4	대장내시경							
5	대장조영촬영기기							
6	초음파영상진단기							
7	산부인과용 진료대							
8	질경							
9	전산화단층촬영장치(CT)							

※ 어두운 란은 적지 않습니다.

##### 다. 영유아검진기관 장비보유 현황

일련 번호	장 비 명	수량	모델명	제 조연도	구입연도	비고
1	신장계					-
2	영아용 신장계					-
3	체중계					-
4	영아용 체중계					-
5	시력검사표(그림)					-
6	시력검사표(숫자)					-
7	발달선별검사 도구					<input type="checkbox"/> K-ASQ <input type="checkbox"/> Denver-II

##### 라. 구강검진기관 장비보유 현황

일련 번호	장 비 명	수량	모델명	제 조 번호	제 조 국명	제 조 연도	구입 연도	비고
1	치과용 진료장치 및 의자							
2	고압멸균소독기							
3	치경							
4	탐침							
5	핀셋							
6	교육용 치아모형 세트							

※ 어두운 란은 적지 않습니다.

마. 출장검진 인력·장비·차량 현황(신청 내용에 따라 기재)

- 1) 출장검진 인력 현황 : 검진담당 인력과 동일
- 2) 출장검진 장비 현황

일련 번호	장 비 명	수량	모델명	제 조 번호	제 조 국명	제 조 연 도	구 입 연 도	비고 (차량번호)
1	신장 및 체중계							
2	혈압계							
3	시력검사표							
4	청력계기							
5	원심분리기							
6	방사선직접촬영장치							
7	치경							
8	탐침							
9	핀셋							
10	라이트							
11	위장조영촬영기기							
12	유방촬영기기							
13	초음파영상진단기							
14	산부인과용 진료대							
15	질경							

※ "비고"란에는 장비가 탑재된 차량의 등록번호를 적습니다.

※ 어두운 란은 적지 않습니다.

3) 출장검진 차량 현황

일련 번호	자동차 등록번호	최초등록일 (연월일)	차종	용도	차명	연식	차대번호
		소유자 성명 (명칭)	소유자 주민(사업자)등록번호		소유자 주소(소재지)		검사유효기간 (연월일 ~ 연월일)

※ 자동차등록증 상의 차량 정보를 적습니다.

5. 검체검사 위탁 및 장비 공동이용

<input type="checkbox"/> 검체검사 위탁	검체수탁	( )	위탁검사	( )
	기관명	( )	(아래의 위탁검사 번	( )
	(수탁기관기호)	( )	호기재)	( )
<p>※ 검체검사 위탁 항목 (해당 항목에 "O" 표기)</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. 혈색소( ), 공복혈당( ), 총콜레스테롤( ), HDL콜레스테롤( ), 트리글리세라이드( ), AST(SGOT)( ), ALT(SGPT)( ), 감마지티피(<math>\gamma</math>-GTP)( ), 혈청 크레아티닌 검사( )</li> <li>2. B형 간염표면항원( ), B형 간염표면항체( ), C형 간염항체 검사( )</li> <li>3. 병리위조직검사( )</li> <li>4. 혈청알파태아단백검사(간암) ( )</li> <li>5. 대변잠혈반응검사( ), 병리대장조직검사( )</li> <li>6. 자궁경부세포검사( )</li> <li>7. 그 외 검체검사 위탁( )</li> </ol>				
<input type="checkbox"/> 장비 공동 이용	의료기관명	( )	대표자 성명	
	(요양기관 기호)	( )		
		( )		

※ 참고: 「건강검진기본법 시행규칙」 별표 1 일반검진기관 지정기준 비고 2 및 비고 3



### 6. 공휴일 검진(해당 항목에 "O" 표기)

실시구분	공휴일 검진 실시								
	일반( )	영유아( )	구강( )	위암( )	대장암( )	간암( )	유방암( )	자궁경부암( )	폐암( )
일요일	1주( )	1주( )	1주( )	1주( )	1주( )	1주( )	1주( )	1주( )	1주( )
	2주( )	2주( )	2주( )	2주( )	2주( )	2주( )	2주( )	2주( )	2주( )
	3주( )	3주( )	3주( )	3주( )	3주( )	3주( )	3주( )	3주( )	3주( )
	4주( )	4주( )	4주( )	4주( )	4주( )	4주( )	4주( )	4주( )	4주( )
	5주( )	5주( )	5주( )	5주( )	5주( )	5주( )	5주( )	5주( )	5주( )
	전체( )	전체( )	전체( )	전체( )	전체( )	전체( )	전체( )	전체( )	전체( )
일요일 이외	일반( )	영유아( )	구강( )	위암( )	대장암( )	간암( )	유방암( )	자궁경부암( )	폐암( )

※ 공휴일은 「관공서의 공휴일에 관한 규정」 제2조에 따른 공휴일을 의미합니다.

### 7. 행정업무 담당(검진예약, 접수, 청구 등)

담당 부서	전화번호
행정책임자 성명	담당자 성명

※ 검진대상자가 예약할 수 있는 전화번호(검진 안내용) 및 담당자를 적습니다.

### 8. 그 밖의 사항(실시주기 외 O/X 표기)

항 목	해당 여부	항목	해당 여부
1. 임상정도관리협회 가입 여부		5. 근무시간 이전 검진 여부	
2. 내부정도관리 실시 여부		6. 자체 검진기관(자체 사업장만 검진)	
3. 내부정도관리 실시 주기	일	7. 운전면허 적성검사 실시 여부	
4. 자체 청구프로그램 사용기관			